N° 19.

DE

L'OSTÉITE VERTÉBRALE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 28 MARS 1836;

Par Louis MOURGUE, DE LASALLE (Gard).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Montpellier:
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE DE HENRI RAHT,
rue des Sœurs-Noires, n° 3, derrière l'Église St-Roch.

1836.

A MONSIEUR

Broussonnet,

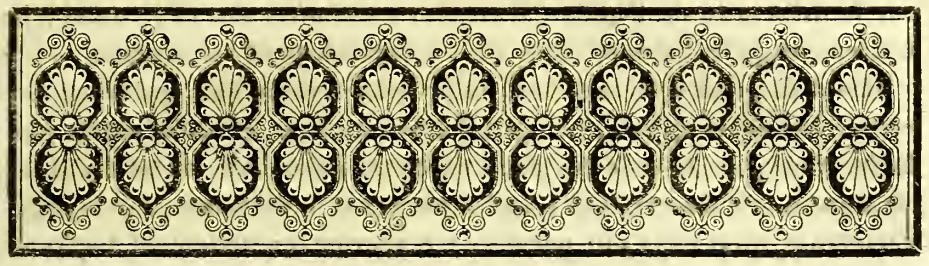
Professeur de Clinique médicale; Chevalier de l'Ordre royal de St.-Michel et de la Légion d'honneur, etc. etc.

Témoignage d'une respectueuse reconnaissance.

A MA MÈRE.

Amour.

L. MOURGUES.



DE

L'OSTÉITE VERTÉBRALE.

I.

§ I. La maladie des vertèbres, qui fait le sujet de cette dissertation, se trouve décrite dans les auteurs sous les divers noms de paralysie des extrémités inférieures, rachialgie, mal vertébral de Pott, vertébromalaxie, myélophthisie, carie vertébrale, gibbosité, spondylite, etc., selon l'opinion que chacun d'eux se formait de sa nature, ou d'après la prédominance de quelqu'un de ses symptômes.

Connue des plus anciens auteurs, puisque Hippocrate nous en a laissé une description dans ses ouvrages, l'ostéite vertébrale n'a été bien étudiée que de nos jours. Il faut remonter à la fin du dernier siècle, pour trouver des notions exactes sur sa nature et son traitement. Jusqu'à cette époque, les auteurs avaient considéré cette maladie, les uns, et c'était le plus grand nombre, comme une simple paralysie des extrémités inférieures, dont ils ignoraient la liaison avec les lésions de la colonne vertébrale; d'autres, au contraire, fixèrent leur attention

sur la difformité de l'épine (Duverney, *maladies des os*); aussi, le traitement qu'ils lui opposaient était-il spécialement mécanique.

David est, que nous sachions, le premier auteur qui, guidé sur des recherches anatomiques, nous ait donné une bonne histoire de la maladie. Nous possédons de lui deux excellens mémoires, où se trouvent consignées des observations à la fois neuves et intéressantes sur la carie vertébrale. Qu'il nous soit permis de rapporter textuellement l'opinion de ce célèbre chirurgien : « Que nous présente d'abord une pareille maladie (1)? Un dérangement dans l'organisation du corps des vertèbres, à l'occasion d'une chute, d'une divulsion violente, etc.; le gonflement en étant la suite dans les premiers accidens, et une inflammation lente s'en emparant, elle donne lieu à une suppuration et à une collection de pus en foyer, auprès des parties affectées; le corps des vertèbres se détruit et tombe en petits séquestres et nagent dans le pus..... qui fuse dans les endroits le plus déclives et là où il trouve le moins de résistance..... »

« J'observerai, dit-il ailleurs (2), que la paralysie des extrémités inférieures peut quelquefois être un des effets consécutifs des contre-coups sur les vertèbres, et que l'affaiblissement qu'éprouvent ces extrémités est le produit de la compression graduelle qui se fait sur la moelle épinière, qui est une suite des désordres qui se passent, soit dans les cartilages, soit dans la substance osseuse des vertèbres. »

Pott, chirurgien anglais, publia, peu d'années après, ses observations sur la paralysie dite des extrémités inférieures. La clarté avec laquelle cette affection s'y trouve décrite; la sagacité de l'auteur pour rapporter à leur véritable cause les symptômes qui la caractérisent; les recherches anatomiques auxquelles il se livra; une étude, enfin, plus approfondie d'une maladie qu'on crut qu'il avait le premier fait connaître, lui valurent l'honneur de lui donner son nom.

En France, Boyer confirma, dans son grand ouvrage de chirurgie, la plupart des faits mentionnés par le chirurgien anglais. Ses recherches

---

(1) David, effets du mouvement et du repos dans les malad. chir.; 1770.

(2) Bazille, effets des contre-coups dans différentes parties du corps; 1771.

anatomiques l'amenèrent à considérer dans cette affection des vertèbres deux variétés importantes, la carie superficielle et la carie profonde.

Depuis, une foule d'auteurs, dont les principaux seront mentionnés dans le cours de ce travail, ont puisamment contribué à compléter son histoire. Dans ces derniers temps, l'illustre Delpech fixa le premier l'attention des médecins sur la présence des tubercules scrophuleux dans les vertèbres malades. Nous lui sommes encore redevables du diagnostic spécial de cette maladie, à laquelle il assigna pour caractère pathognomonique, la forme anguleuse de la difformité qui l'accompagne si souvent.

II.

§ II. Les opinions des auteurs sur la nature du mal vertébral sont on ne peut plus diverses. Nous exposerons les principales, en insistant spécialement sur celle qui nous paraît la plus vraisemblable. Elle considère l'inflammation, soit comme cause, soit comme effet des lésions organiques qui nous occuperont plus tard.

Nous avons exposé en partie l'opinion de David. Une cause, le plus souvent traumatique, agissant sur la colonne vertébrale, détermine l'inflammation d'une de ses parties: à l'autopsie, l'on observe, selon la période de la maladie, l'injection, le ramollissement, l'affaissement, la suppuration, la nécrose et surtout la carie.

Pott considère cette maladie comme une altération générale, souvent scrophuleuse, de la constitution à la suite de laquelle survient la carie vertébrale.

Près d'un demi-siècle auparavant, J.-L. Petit avait comparé la carie à l'ulcération des parties molles. Il lui reconnaît des causes externes ou traumatiques, et des causes internes ou dépendantes de la constitution. Boyer adopte cette comparaison qu'il développe, mais il garde la plus grande réserve sur la nature de cette suppuration des os. Voici les altérations anatomiques qu'il assigne à la carie vertébrale : injection, ramollissement, rugosité des os atteints, quelquefois leur destruction,

ainsi que pour les cartilages. Duverney, Bichat, Lobstein, Dupuytren, M. Richerand, ont adopté la même opinion. Delpech ne trouve pas absolument exacte la comparaison de la carie à l'ulcère des parties molles. M. Sanson *(thèse de concours)* la définit une inflammation de l'élément organique du tissu osseux, suivi de sa suppuration et de sa destruction. M. Dugès la considère comme une suppuration des os entretenue par un vice interne.

MM. S. Cooper, Brodie, à l'exemple de Pott, regardent le mal vertébral comme une carie, scrophuleuse (M. Ollivier, *maladies de la moelle*). M. Brodie pense que la maladie débute le plus souvent par les fibro-cartilages.

Le mal vertébral, dit M. Dugès (1), consiste dans une inflammation chronique, primitive ou consécutive du tissu spongieux et très-vasculaire du corps des vertèbres. Enfin, MM. Lallemand, Roche et Sanson considèrent cette maladie comme une inflammation du corps des vertèbres, attaquant tantôt leur surface, tantôt leur partie profonde.

§ III. D'autres auteurs n'ont point admis ces opinions, et ont nié que la carie soit une forme possible de l'ostéite. Voici les principales raisons qu'ils allèguent à l'appui de leur manière de penser.

La carie n'est pas une inflammation, puisqu'elle attaque le plus souvent les individus faibles et d'une constitution opposée à celle qui prédispose aux phlegmasies. Mais qu'on veuille bien remarquer aussi que, dans ces cas, les symptômes de l'inflammation sont obscurs, leur marche lente. Le peu de vitalité dont jouissent les os, et surtout l'altération générale qu'éprouve l'économie sous l'influence d'une diathèse, cause prédisposante nécessaire, d'après certains auteurs, modifient puissamment la maladie, et nous expliquent la prétendue spécificité que quelques auteurs lui reconnaissent. Que si l'on nous demande comment la maladie se déclare dans des circonstances, en apparence si peu favorables à son développement, tout en avouant notre ignorance, nous répondrons par des faits. Les phthisiques ne périssent-ils pas souvent d'une pneu-

---

(1) Voyez l'excellent mémoire qu'il a inséré dans le tom. 3e des Éphém. méd. de Montpellier.

monie, d'une gastrite, d'abcès à l'anus? MM. Roche et Sanson font remarquer qu'il n'est pas rare de voir des phlegmasies du tube intestinal chez les sujets chlorotiques, anémiques.

On a dit encore que la carie n'est pas une inflammation, parce que celle-ci n'affecte pas toujours cette forme; cela prouve seulement que la carie n'est pas la conséquence nécessaire de l'inflammation des os, absolument comme la gangrène, qui ne succède pas constamment à l'inflammation, quoiqu'il soit incontestable qu'elle puisse reconnaître pour cause ce dernier état morbide. Nous devons dire aussi que, le plus souvent, la carie n'est pas une phlegmasie franche et nette. La nature des os, avons-nous déjà dit, et l'état morbide de la constitution, lui impriment un caractère particulier. Presque tous les auteurs ont remarqué que les os spongieux, ceux qui appartiennent à des sujets scrophuleux, sont le plus exposés à cette espèce d'ostéite.

Si la carie était une inflammation, la guérirait-on par des moyens irritans? Il existe des phlegmasies qu'on combat avec succès par les irritans qui, alors, prennent le nom d'agens perturbateurs. C'est ainsi qu'on guérit des érysipèles phlegmoneux par les vésicatoires; quelques urétrites par des injections irritantes.

Plus généralement, c'est à l'état chronique que tous ces moyens réussissent. Nous croyons avoir suffisamment fait connaître les circonstances qui impriment aux phénomènes morbides un caractère de chronicité. D'un autre côté, les moyens qu'on emploie le plus souvent avec succès contre cette maladie, et dès le principe, ne sont-ce pas les sangsues, le régime, les cataplasmes, le repos absolu, et plus tard, les révulsifs, que MM. Roche et Sanson rangent parmi les anti-phlogistiques indirects? Il paraît évident que les auteurs qui contestent que le mal vertébral soit une inflammation, se conduisent absolument en thérapeutique, comme si c'en était une. Les symptômes qui accompagnent si souvent la carie, ne nous semblent pas de nature équivoque; les douleurs de l'épine, la rougeur, la sensibilité de la peau, au voisinage de la gibosité, la fièvre, l'insomnie, etc., sont de fortes présomptions en faveur de la nature inflammatoire de la maladie, ce que confirme l'autopsie cadavérique.

§ IV. Delpech désigna sous le nom de dégénérescence tuberculeuse des vertèbres (1), la variété de l'ostéite décrite dans Boyer, sous le titre de carie profonde; *il la regardait comme une altération particulière* de l'économie, par suite de laquelle des tubercules développés dans les os les détruisent par une sorte d'usure mécanique et sans inflammation préalable. M. Nichet et bien d'autres auteurs ont adopté les idées de Delpech.

Il est incontestable qu'on a trouvé des tubercules dans les vertèbres. On en a rencontré dans presque tous les organes, même dans le sang. Mais existent-ils aussi souvent que les auteurs déjà cités semblent l'admettre? Nous ne le pensons pas; une foule d'auteurs n'en ont pas parlé; d'autres n'en ont rencontré que dans un petit nombre de cas.

Voyons s'il serait possible de rattacher ces productions morbides à une phlegmasie préexistante. Laennec considérait les tubercules comme des dépôts de matière morbide au milieu des tissus. M. Cruveilhier pense qu'ils étaient du pus liquide avant d'arriver à leur état de crudité. MM. Andral, (2) Velpeau (3), Trousseau, ont suivi, sur les poumons de l'homme et des animaux, les transformations successives de ce produit morbide depuis l'état de pus liquide jusqu'à celui de tubercule concret.

Dans tous ces cas, l'inflammation aurait eu quelque influence sur le développement des tubercules. M. Dugès ne veut-il pas exprimer le même résultat, quand il dit que « l'inflammation chronique des vertèbres est le plus souvent suivie de la dégénérescence tuberculeuse. »

D'après M. Lallemand (*leçons orales*), le tubercule n'est que du pus concrété; le pus de la matière tuberculeuse dissoute dans de l'eau, de la sérosité. Quand l'inflammation est disséminée sur un organe, si elle est peu intense, si le tissu est doué de peu de vitalité comme les os, elle est insuffisante pour en amener la destruction; le pus qui en résulte se réunit en petits abcès; les parties les plus liquides sont absorbées; le reste se concrète et prend le nom de tubercule.

---

(1) Orthomorphie.

(2) Précis d'anatomie pathologique.

(3) Médecine opératoire.

M. Carswell fait remarquer, à l'appui de cette théorie (*Gaz. méd.*, n° 51), que, dans les organes doubles, comme les testicules, les reins, etc., on n'a trouvé des tubercules que sur celui qui aurait été le siége d'un travail phlegmasique; il assure avoir vu des glandes devenir tuberculeuses à la suite de leur engorgement inflammatoire. Dans le mal vertébral même, ceux qui l'ont considéré comme le résultat de la diathèse tuberculeuse, n'ont constaté ce produit morbide que sur les parties qui auraient été le siége d'une phlegmasie dans une autre théorie. Si, malgré ces puissantes raisons, il restait douteux que l'inflammation des vertèbres fût la cause de la dégénérescence tuberculeuse, serait-il possible de la méconnaître comme effet. « Agissant comme un corps étranger sur les tissus avec lesquels elle est en contact, dit M. Andral (*op. cit.*, p. 415), chaque molécule tuberculeuse détermine, en chaque point de ces tissus....., un travail d'irritation, puis une sécrétion purulente, puis, enfin, la solution de continuité. » D'ailleurs, les tubercules des organes parenchymateux s'annoncent par les mêmes symptômes que ceux de leurs phlegmasies.

§ V. Est-il possible, dans l'état actuel de la science, de déterminer, d'après les symptômes, les cas où l'ostéite vertébrale est simple, et ceux où elle se complique de tubercules? Nous pensons, avec Delpech, que la chose est fort difficile, si même elle n'est impossible. M. Félix dit lui même, page 29 (*diag. spéc. et diff. du mal de Pott, carie vert. et rach.*) « Il est fâcheux que le diagnostic ne puisse être éclairé, d'une manière certaine, que par un groupe de symptomes (1) qui ne paraissent que lorsque le malade est déjà miné depuis long-temps par une affection si souvent au-dessus des ressources de l'art. » Il nous semble, en outre, que M. Félix a admis comme démontré, que la dégénérescence tuberculeuse constitue la carie profonde de Boyer; aussi, est-ce entre celle-ci et la carie superficielle que roule spécialement le diagnostic différentiel.

(1) La plupart de ces symptômes n'ont de valeur que du plus au moins : ainsi, on a dit, dans la carie, il y aura plus rarement difformité; les douleurs seront plus fixes, plus profondes; la paralysie arrivera plus tard que dans le mal de Pott. Leur extrême variabilité dans la même maladie ne permet pas de poser sur eux un diagnostic différentiel solide.

En nous résumant, nous dirons que le mal vertébral est une inflammation primitive ou consécutive des vertèbres, quelquefois aiguë, le plus souvent chronique, succédant, dans quelques cas, à une cause franchement irritante, plus généralement se développant sous l'influence d'une modification spéciale de l'économie, qui, jointe au peu de vitalité des os, lui imprime un caractère particulier; qu'enfin, la maladie s'offre rarement sous la forme d'ostéite simple; qu'elle est plus souvent accompagnée de tubercules, et, plus souvent encore, des altérations diverses qu'on désigne sous le nom de carie.

III.

§. VI. Nous diviserons les causes de l'ostéite vertébrale en prédisposantes et en déterminantes. En tête des premières, nous devons placer la diathèse scrophuleuse, et toutes les causes capables de produire cet état morbide, comme une nourriture insuffisante, une habitation froide et humide, les excès en tout genre, les affections morales, tristes, etc. Les auteurs considèrent encore comme causes prédisposantes, la diathèse syphilitique, rhumatismale, l'âge adulte, l'enfance, d'après Boyer. Sur quarante-sept observations de mal vertébral, il s'est présenté trente-quatre fois chez les hommes, treize fois chez les femmes. Sur les trente-quatre observations, dix-sept individus avaient de 20 à 30 ans, huit avaient passé ce terme, neuf ne l'avaient pas atteint. Chez les femmes, sur les treize observations, onze avaient moins de 20 ans, deux seulement avaient passé cet âge. Les deux extrêmes sont 3 ans (Nichet), 48 et 49 (Ollivier, *thèse* de Couzança). D'où il suivrait encore que la maladie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Une cause, peut-être aussi héroïque que celle que nous venons de citer, c'est la masturbation. Boerhaave, Tissot, Boyer, ont signalé la funeste influence que ces plaisirs honteux exercent sur le développement de la maladie qui nous occupe : leur effet presque constant est un dépérissement de l'économie et un ébranlement convulsif des fonctions qui pourraient le réparer. Plusieurs auteurs ont expliqué le mal vertébral par l'altération de la moelle recevant ainsi l'ébranlement des nerfs génitaux. Mais il est bien démontré que la maladie des os est

quelquefois primitive, et que, sous l'influence de la même cause, elle se manifeste sur tous les points de la colonne vertébrale. Dans les cas même où l'ostéite est consécutive à la myélite, nous croirions qu'il y a plus tôt entre elles coïncidence que causatilité.

L'organisme, ainsi modifié par les causes sus décrites, si l'individu fait une chute, reçoit un coup, une contusion, une blessure sur la région vertébrale, il s'ensuivra le plus souvent maladie. Les causes qui l'ont amené sont appelées déterminantes (Boyer). D'après d'autres auteurs, David, Petit, Delpech, elles peuvent, dans certains cas, être considérées comme efficientes. D'un autre côté, les causes prédisposantes peuvent devenir déterminantes, car elles ne diffèrent entre elles que par un degré d'action, (Roche et Sanson).

IV.

§ VII. A l'exemple de Boyer, MM. Richerand, Roche et Sanson, nous admettrons deux variétés importantes de la maladie, selon qu'elle attaque la surface ou la partie spongieuse des vertèbres.

La profondeur à laquelle sont placés ces os, leur peu de vitalité, leurs fonctions tout à fait passives, l'altération générale de l'organisme, sous l'influence de ce que nous avons défini la prédisposition, nous expliquent suffisamment l'obscurité qui couvre cette maladie dans le principe. Souvent même elle a fait d'affreux ravages, quand on se doute de sa présence, et il est malheureusement alors bien difficile d'en arrêter les progrès : aussi, est-ce dès l'origine du mal qu'il faut redoubler d'attention pour le reconnaître et l'attaquer par un traitement héroïque. Voici comment s'exprime Pott à ce sujet : « Toutes les fois qu'un enfant de un à deux ans est, comme on dit vulgairement, lent à faire usage de ses jambes, lorsque, étant déjà assez âgé pour pouvoir marcher, il perd insensiblement l'usage de ses membres inférieurs, qu'il languit, devient indifférent, qu'il ne peut marcher que peu ou lentement, qu'il bronche sans rencontrer d'obstacle et se laisse tomber, le chirurgien doit porter son attention du côté de la colonne vertébrale et s'attendre à quelque difformité. »

Les premiers symptômes caractéristiques de la maladie sont : la douleur, la gibbosité et la paralysie, dont l'ordre de succession varie selon qu'elle débute, par la surface, par le corps des vertèbres ou par la moelle.

§ VIII. Quand l'ostéite attaque la surface des vertèbres, voici comment elle se déclare. Sous l'influence des causes plus haut mentionnées, quelquefois d'une manière tout-à-fait spontanée, des douleurs se manifestent sur le rachis; ces douleurs, vagues d'abord, se concentrent de plus en plus, et s'exaspèrent sur la partie qui doit devenir le siége du mal. Elles augmentent d'intensité par les variations atmosphériques, les mouvemens du tronc. Assez souvent, le malade éprouve de l'anxiété, du malaise, un peu de fièvre, la perte de l'appétit, de l'insomnie, mais il n'est pas rare que la plupart de ces symptômes manquent ou soient assez peu graves pour permettre à l'individu de continuer ses travaux.

Dans cette variété de la maladie, les tissus fibreux qui assujétissent la colonne vertébrale, éprouvent souvent la première atteinte morbide. Celle-ci s'étend bientôt jusqu'aux os, et alors, disent les auteurs, la douleur devient plus forte, plus circonscrite; les symptômes généraux d'une suppuration interne se manifestent, et l'on ne tarde pas à découvrir, sur une partie du corps, le plus souvent au-dessous du siége du mal, une tumeur d'abord molle et fluctuante, qui ne laisse plus de doute sur sa nature. Quand la guérison a lieu à cette époque, elle n'est pas suivie de difformité. Si la maladie s'est manifestée à la suite d'une lésion traumatique, les symptômes morbides sont plus prononcés; leur succession plus prompte. Les abcès par congestion se manifestent plus tôt, quelquefois après six semaines, comme David en rapporte un exemple.

§ IX. Le plus souvent ils n'apparaissent que trois, six et neuf mois après les premières douleurs du rachis. Après la formation de ces abcès, le malade semble éprouver une amélioration qui n'est pas souvent de longue durée. Les douleurs des lombes cessent ou diminuent au point d'être bien supportables. Cependant, la tumeur augmente de jour en jour de volume; la fluctuation y devient plus manifeste; la peau est luisante; elle rougit, s'amincit et menace de se perforer. Après

l'ouverture naturelle ou artificielle des abcès par congestion, le malade meurt souvent d'épuisement, par suite de l'abondance ou de la mauvaise nature de la suppuration. Cependant, la guérison peut encore avoir lieu. David rapporte l'observation d'une fille de 22 ans, qui, après une chute sur le dos, éprouva les symptômes de la carie superficielle; une tumeur plus grosse que le poing se forma au-dessous de l'arcade crurale; elle fut entièrement résorbée au bout de quatre mois, et la malade guérit complétement. Le plus souvent, le pus ne peut être absorbé; l'abcès doit être ouvert, et alors, si la suppuration est peu abondante, tantôt le malade reste plus ou moins long-temps, quelquefois plusieurs années, sans que sa santé soit gravement altérée; d'autres fois les symptômes s'aggravent; le pus blanc et inodore devient séreux et d'une fétidité remarquable; les douleurs se réveillent ou s'exaspèrent; la fièvre s'allume; le pouls prend de la fréquence; le malade perd l'appétit, le sommeil; il tombe dans le marasme, et meurt.

Les auteurs ont expliqué ces divers phénomènes par l'absorption du pus (Velpeau), par son altération résultant du contact de l'air (Roux et Bérard), par l'inflammation des parois du foyer (Lisfranc), par le défaut de pression atmosphérique (Cloquet). Nous croyons que l'air a la plus fâcheuse influence sur l'altération du pus, et que les fistules, qui ne donnent pas lieu aux graves accidens que nous avons signalés, ce qui est incontestable, tiennent cette heureuse prérogative de leur disposition moins favorable à la pénétration du fluide aériforme dans l'intérieur des abcès.

La nature du pus varie beaucoup. Quand la maladie est par cause traumatique, comme alors les tissus fibreux fournissent principalement à la suppuration, celle-ci est de nature louable. Dans la généralité des cas, surtout quand le tissu spongieux des os est attaqué, le pus est séreux, grisâtre ou jaunâtre, renfermant une petite quantité de globules caractéristiques. De petits fragmens d'os cariés sont mêlés au liquide qui noircit les instrumens d'argent. Quelquefois, enfin, on trouve des masses grumeleuses, blanches, opaques, des débris de tubercules, au milieu de la sérosité.

Le pus une fois formé, dit David, fuse dans les endroits le plus déclives,

et là où il trouve moins de résistance. Il suit ordinairement les gaînes celluleuses des muscles, des vaisseaux, et surtout des nerfs, qui se rendent le plus près de la partie affectée, d'après M. Bourgeot-Saint-Hilaire, à qui nous sommes redevables de ce moyen d'apprécier le véritable siége de la maladie. Les abcès par congestion se manifestent le plus souvent au-dessous de l'arcade crurale; mais on en a trouvé dans presque toutes les régions du corps, au dos, aux lombes, au cou, sur les côtés de la poitrine, dans l'œsophage, le rectum, etc.

Les abcès par congestion étant un symptôme pathognomonique de l'ostéite vertébrale, puisque sur cent il y en a quatre-vingt-dix-neuf qui reconnaissent pour cause cette dernière affection (MM. Roux et Bérard), il importe de bien arrêter leur diagnostic. Les caractères qui ne permettront pas de les confondre avec d'autres tumeurs, sont de se présenter sans rougeur; douleur et autres symptômes de l'inflammation; l'absence des battemens, au moins par dilatation de la tumeur, sa disparition par la position et la compression, et la fluctuation manifeste, dès le commencement. Néanmoins, ces caractères peuvent ne pas se présenter ainsi réunis et aussi prononcés, et leur diagnostic être très-difficile, comme le prouvent les méprises de grands chirurgiens.

§ X. La douleur, avons-nous dit, est, dès le commencement, le seul symptôme qui puisse faire soupçonner la maladie. Si elle est fixe; s'il n'en existe pas dans d'autres parties du corps; si, enfin, le malade a été soumis à l'influence des causes qui amènent l'ostéite, il sera probable qu'on aura à faire à cette dernière affection plus tôt qu'à un rhumatisme. Dans les cas où le diagnostic serait incertain, les conséquences thérapeutiques qui en résulteraient seraient peu nuisibles au malade.

La paralysie complète se rencontre ici rarement; mais il est plus rare encore qu'il n'y ait pas quelque lésion de l'innervation des parties situées au-dessous. Le plus souvent, les malades éprouvent, dans les jambes, des crampes, des fourmillemens et une faiblesse considérable.

Quelques auteurs pensent que la carie superficielle est plus grave que la carie profonde. David dit, au contraire, que les individus qui offrent des abcès sans difformité sont bien moins dans l'obligation de garder le lit que ceux où la difformité est très-prononcée et dont l'existence est

tout-à-fait végétative. Dans certains cas, l'inflammation désorganise les os sur une si grande surface ; on connaît des exemples où la carie s'étendait depuis les premières vertèbres dorsales jusqu'au coccis ; dans d'autres circonstances, les ligamens vertébraux avaient fourni une suppuration si abondante, que le malade était mort avant que la colonne vertébrale fût assez profondément altérée pour se déformer. Des exemples plus nombreux de guérison de la carie profonde ne prouveraient pas absolument qu'elle est plus grave que la carie superficielle, car celle-ci est aussi beaucoup plus rare.

§ XI. Dans la plupart des cas, chez les individus jeunes et scrophuleux, épuisés par la masturbation, la maladie débute par le corps des vertèbres. La douleur est généralement plus circonscrite, plus obtuse que dans la première variété ; quelquefois elle manque chez les sujets faibles, lymphatiques, et alors la gibbosité est le premier symptôme qui annonce la maladie. On aperçoit sur un point du rachis une légère proéminence formée par les apophyses épineuses des vertèbres malades. Leur corps, ramolli par l'inflammation, s'affaisse peu à peu sous le poids des parties supérieures, et les apophyses épineuses, relevées par un véritable mouvement de bascule, viennent faire saillie sous la peau. Les symptômes généraux de la maladie sont ceux que nous avons déjà décrits, considérablement modifiés par la diathèse existante. Le malade est triste, morose ; les digestions sont difficiles ; le pouls est à peine fréquent ; l'appétit diminué. Le mal continuant à faire des progrès, la difformité se prononce de plus en plus ; il survient aux membres inférieurs de la faiblesse, des fourmillemens, des pincemens ; assez souvent ils sont roides, sensibles, douloureux ; la chaleur y est augmentée ; ils ne peuvent plus, enfin, supporter le corps, et sont hors de l'empire de la volonté. Alors la paralysie est complète.

C'est à peu près à la même époque que se manifestent les abcès par congestion, moins fréquens dans cette variété de la maladie et sur lesquels nous n'avons plus rien à ajouter. Il survient ordinairement alors une exaspération de tous les symptômes ; les douleurs se réveillent ou deviennent plus fortes ; la fièvre se montre plus intense ; l'insomnie augmente, les sueurs nocturnes apparaissent. On observe les autres phéno-

mènes qui annoncent que l'air s'est introduit dans les foyers purulens. Si la maladie fait des progrès, la mort survient à la suite des douleurs ou plus tôt de l'excessive suppuration. Rien de plus variable que l'intensité, l'ordre, la marche, la durée de ces symptômes. La suppuration n'enlève le malade qu'après plusieurs mois de souffrances, quand elle est modérée, et surtout quand elle n'est pas altérée par le contact de l'air. Tantôt ce sont les lésions de la moelle qui font périr l'individu, soit par une espèce d'asphyxie, soit par suite d'une solution de continuité, soit, enfin, par la gangrène des parties privées d'innervation.

Quelquefois la guérison peut encore avoir lieu. On cite quelques exemples de guérison complète ; la destruction des vertèbres ayant été remplacée, ou suppléée par une ossification nouvelle. On a trouvé assez souvent à l'autopsie le commencement de ce travail régénérateur.

§XII. La difformité a des caractères si tranchés, qu'elle seule suffirait au diagnostic de la maladie. Sa forme brusque et angulaire, ce qui tient à ce qu'il n'y a ordinairement qu'un petit nombre de vertèbres malades, ayant lieu le plus souvent en avant, quelquefois en même temps sur les côtés, existant le plus souvent seule, la distingue des autres déformation de l'épine. Dans le rachitisme, qui est une affection plus spécialement propre au jeune âge, la difformité est vaste, arrondie ; elle a le plus souvent lieu sur les côtés ; elle est serpentine. Il arrive assez souvent que la maladie n'a pas porté uniquement son action sur le rachis, et que d'autres os sont déformés.

Les caractères que nous avons assignés à la gibbosité ; d'un autre côté, l'existence d'une maladie antécédente, telle que la faiblesse musculaire, la fibro-condryte inter-vertébrale, le rhumatisme, la pleurésie, la claudication, etc., que Delpech considère comme pouvant déformer l'épine, ne permettront pas de confondre entre elles ces diverses difformités.

D'après Delpech, la dégénérescence tuberculeuse serait la cause la plus fréquente et la plus grave des inflexions du rachis. Le corps des vertèbres, presque entièrement détruit par les tubercules, réduit à l'état d'une coque mince, s'affaisserait tout à coup sous le poids des parties supérieures. Nous sommes loin de nier l'exactitude d'un pareil fait, mais nous croyons que plus généralement la difformité se forme

peu à peu ; voilà pourquoi elle est alors suivie de si peu d'accidens, et comment il est quelquefois possible de redresser une colonne vertébrale légérement déformée.

D'autres auteurs ont expliqué la gibbosité par l'affaissement résultant du ramollissement inflammatoire des vertèbres. Nous croyons que telle en est la cause la plus fréquente. Delpech, lui-même, exprime formellement la même idée dans un autre endroit de son orthomorphie, tom. 1, page 301.

Le siége le plus fréquent de la difformité est au bas de la région dorsale. Elle est peu sensible dans le commencement, et presque toujours hors de rapport avec le degré de la maladie, les côtes empêchant en avant une flexion considérable de l'épine. Quand elle se prononce, elle est très-grave à cause des déformations secondaires de la poitrine, et, par suite, de la gêne des organes importans qu'elle renferme.

Le premier effet de la courbure de la colonne vertébrale est de diminuer la longueur apparente du corps, et d'augmenter relativement celle des extrémités inférieures. Pour rétablir l'équilibre, le malade est obligé de renverser sa tête en arrière, qui paraît enfoncée entre les épaules, et donne à sa physionomie une expression toute particulière. C'est ainsi que se forment les courbures à concavité postérieure dont parlent certains auteurs. Les côtes articulées le plus près de la partie malade du rachis, suivent son inflexion ; et si leur redressement ne suffit pas, le sternum est entraîné, quelquefois il se bombe ; les surfaces latérales de la poitrine se prononcent de plus en plus, et celle-ci prend la forme de carène, même celle d'un 8 de chiffre.

Les déviations qui ont lieu en même temps sur le côté sont encore plus fâcheuses et plus difformes ; une partie des côtes se trouvent tordues sur la colonne vertébrale.

Le malade dans cet état répugne aux mouvemens qui augmentent ses douleurs et exagèrent sa difformité ; quand il veut s'asseoir, ramasser un corps à terre, la colonne vertébrale, préalablement soutenue en arc-boutant, les mains sur les hanches, le malade fléchit successivement les jambes sur les cuisses, les cuisses sur le bassin, et se rapproche ainsi du plan de sustentation.

Outre les accidens qu'éprouve la moelle à la suite d'une pareille difformité, et dont il sera bientôt question, les organes importans de la circulation et de la respiration en sont gravement affectés. Duverney n'attachait pas la même importance à ces difformités; la poitrine déformée gagne, disait-il, dans un sens ce qu'elle perd dans l'autre. L'expérience a prouvé que les individus qui échappent aux progrès de la maladie sont, par le fait seul de la difformité qui en résulte, très-exposés aux anévrismes et à la phthisie (Delpech): aussi, les bossus fournissent-ils rarement une longue carrière.

Quand la difformité a son siége à la région cervicale, elle s'y prononce plus tôt et d'une manière plus brusque que partout ailleurs. Nous ne trouvons plus ici des soutiens latéraux; au contraire, la tête, située à l'extrémité d'un lévier figuré par les vertèbres cervicales, tend à le fléchir en avant; d'un autre côté, leur corps a si peu d'épaisseur, que l'inflexion vertébrale doit se prononcer de bonne heure. La tête s'incline ordinairement en avant, quelquefois sur les côtés, rarement en arrière; un symptôme de la plus haute importance, signalé pour la première fois par l'illustre Delpech, et qui se rencontre ici constamment, c'est cet instinct de conservation par lequel le malade soutient sa tête avec ses mains; il semble qu'il a la conscience du danger imminent qui le menace au moindre mouvement inconsidéré. Delpech, M. Ollivier (ouvrages cités) rapportent plusieurs exemples de mort instantanée à la suite de pareils déplacemens des vertèbres. Quand la difformité est peu prononcée, qu'elle s'est formée très-lentement, le danger est bien moins grand et les accidens sont relatifs à l'innervation, comme nous allons le voir.

Quand elle existe à la région lombaire, la difformité ne présente rien de particulier, seulement elle est très-rare. Serait-ce à cause de l'épaisseur du corps des vertèbres dont la suppuration amène la mort du sujet avant que la gibbosité se forme?

§ XIII. La paralysie succède généralement à la difformité, sans qu'elle en soit toujours la conséquence. D'autres fois, il est impossible d'assigner la priorité respective de ces deux symptômes. On cite un certain nombre de cas de difformité très-prononcée, où il n'y a point eu de paralysie. Enfin, il n'est pas sans exemple de voir la paralysie chez un individu qui n'a ni ne doit avoir aucune difformité.

Cette paralysie se distingue de celle qui résulterait d'une lésion du cerveau, en ce qu'elle n'a pas été précédée des symptômes qui annoncent cette dernière. Pott lui assigne encore, comme caractère spécial, de s'accompagner d'une rigidité musculaire bien différente de la laxidité, de la mollesse, qui appartiennent à la paralysie ordinaire. Les muscles sont dans un état de contraction permanente et de flexion involontaire qu'on ne fait cesser que par des efforts considérables. Ces caractères, qui sont ceux de la myélite, se rencontrent dans la généralité des cas, mais il est certain qu'on ne les trouve pas toujours; nous croyons que ces deux variétés de paralysie tiennent à la nature des causes qui la produisent. La plus complète, celle où la laxidité musculaire est le plus prononcée, est aussi celle qui succède à une solution brusque de la moelle.

Quand l'interruption de la moelle se fait d'une manière lente et progressive, il se peut qu'elle n'entraîne pas l'abolition de la sensibilité et de la motilité des parties inférieures. M. Velpeau rapporte l'observation d'un phthisique, âgé de 30 ans (1), présentant une légère difformité, lequel, quatre jours avant sa mort, se levait encore et n'avait présenté aucune lésion de l'innervation. A l'autopsie, les vertèbres lombaires cariées avaient presque entièrement disparu, et, en cet endroit, il n'y avait pas de vestige de moelle.

M. Van Dekeere a constaté l'intégrité de la sensibilité et de la contractilité musculaire chez un enfant qui présenta, à l'autopsie, une interruption de la moelle depuis la neuvième vertèbre dorsale jusqu'à la première lombaire, dans l'étendue de quatre pouces.

MM. Ollivier, Dugès ont vu quelques faits analogues. Ils pensent que, dans tous ces cas, ainsi que dans d'autres non moins remarquables, où la moelle comprimée n'offrait plus que deux lignes d'épaisseur (Ollivier), l'oblitération de la moelle a eu lieu d'une manière très-lente et progressive, souvent même les meninges étant intactes. Ce serait par le moyen de ces membranes ou de quelque rameau nerveux latéral que la moelle se mettrait en rapport avec le *sensorium commune*. Ainsi,

---

(1) Archives générales de médecine; 1825.

ces faits rares et exceptionnels n'attaquent pas l'exactitude des expériences de Legallois, MM. Flourens, Ch. Bell, Dugès, Ollivier, Bellingeri, sur l'importance de la moelle pour l'innervation et la motilité des parties.

Les premiers auteurs ont expliqué la paralysie par la difformité. Cette opinion, adoptée avec trop d'exclusion dans le principe, a été rejetée dans ces derniers temps par quelques auteurs qui l'ont toujours attribuée à la myélite. Tout en convenant avec eux qu'elle en est la cause la plus fréquente, nous tenons à constater que la compression de la moelle la produit quelquefois.

Ceux qui ont contesté cette dernière influence, ont cité des cas de difformité remarquable et où il n'y avait pas néanmoins de paralysie. Le Docteur Wilson a vu une incurvation de l'épine du dos telle que le bord inférieur des côtes touchait presque la marge des os du bassin; M. Nichet (*gaz. méd. août* 1835) a vu une inflexion à la région cervicale telle que le menton touchait le sternum. Dans ces deux cas, et bien d'autres, il n'y a pas eu de paralysie, ce qui peut fort bien s'expliquer par la lenteur de la compression à laquelle la moelle s'était habituée.

M. Ollivier dit formellement que la compression brusque de la partie supérieure de la moelle est instantanément mortelle; ses effets sont d'autant moins graves qu'ils se produisent plus lentement, qu'ils ont lieu sur une plus grande surface et plus loin du cerveau. L'exemple le plus probant de paralysie due à la compression de la moelle est rapporté par Delpech (*Orthomorphie*); il a vu deux fois chez le même individu la paralysie se manifester d'une manière instantanée à la suite d'un affaissement subit des vertèbres.

Quand elle reconnaît cette dernière cause, la paralysie se montre instantanément, ou est en raison directe de la difformité; elle s'accompagne de flaccidité musculaire; la température est plus tôt diminuée qu'augmentée; les membres ne sont pas douloureux; elle débute par un sentiment de pesanteur, d'engourdissement, suivi bientôt de faiblesse et de résolution des membres soustraits enfin à l'empire de la volonté.

Plus souvent, sous la dépendance d'une myélite aiguë ou chronique, la paralysie, avons-nous dit, s'annonce aux membres qui en sont

frappés, par de la chaleur, de la douleur, de la rigidité, et par la contracture musculaire.

Quelle qu'en soit la cause, la paralysie varie, par ses symptômes et sa gravité, selon le siége qu'elle occupe. A la région cervicale, elle est le plus souvent mortelle ; cependant, Duverney a vu le squelette d'un individu chez lequel, à la suite d'une luxation, le canal rachidien, au niveau de la première vertèbre cervicale, n'offrait plus que deux lignes de diamètre. L'ankilose des vertèbres cervicales prouvait évidemment que le sujet avait survécu quelque temps à l'accident. M. Nichet a vu une pareille luxation n'être suivie de paralysie que du côté où il y avait eu compression de la moelle. Rust rapporte deux cas de luxation des deux premières vertèbres du cou guéries par les seuls efforts de la nature, à la faveur d'une ankilose.

La paraplégie succède presque toujours aux lésions de la moelle dans la région dorsale. Il est rare que les organes thoraciques soient suspendus dans leurs fonctions. La paralysie porte le plus souvent sur les membres abdominaux qui perdent de jour en jour de leur force ; le malade dit ne plus les sentir, fait des chutes fréquentes, et ne peut bientôt plus se soutenir sur ses jambes ; il se sert de béquilles qui lui deviennent même inutiles quand les membres inférieurs ne peuvent plus fournir le moindre appui, sa sensibilité est obtuse : le malade s'alite. Dans des cas rares, on l'a observée au-dessus du siége du mal.

Il est bien digne de remarque que la contractilité musculaire est plus ou moins profondément lésée, alors que la sensibilité est presque physiologique. Ainsi, le malade commence par perdre les mouvemens volontaires ; il sent encore, d'une manière un peu obtuse, il est vrai, les impressions qu'on exerce sur son membre paralysé. Si l'excitation est forte, le malade, sans accuser de la douleur, retirera fortement son membre ; mais la volonté la plus ferme sera impuissante pour le ramener à sa position primitive. M. Lallemand nous a fait observer ces curieux phénomènes sur un enfant qui est couché en ce moment dans les salles des blessés, au n° 16. D'après ce judicieux observateur, la moelle serait dans un état d'indépendance morbide, qui constitue l'état physiologique de quelques animaux d'un ordre inférieur. Les mouvemens qu'on

observe dans ce cas, comme, chez les animaux décapités, soumis à la pile galvanique, sont sous la dépendance absolue de la sensibilité organique, et hors de l'influence cérébrale. Nous croyons encore que telle est la nature des phénomènes sensitifs et locomoteurs, que quelques auteurs ont signalés à la suite de la section accidentelle de la moelle, comme chez ce militaire dont parle Desault, qui, à la suite d'un coup de feu, eut la moelle complétement divisée, et qui exécutait néanmoins de violens mouvemens.

MM. Ollivier, Nichet expliquent la conservation de la sensibilité, alors que les mouvemens volontaires sont entièrement perdus, de la manière suivante : la carie attaquant presque toujours le corps des vertèbres, on conçoit aisément que la partie antérieure de la moelle doit éprouver la première les funestes effets de la maladie. Or, c'est de cette partie que partent les rameaux nerveux qui président aux mouvemens volontaires, tandis que ceux qui président au sentiment se détachent des colonnes postérieures (MM. Ch. Bell, Magendie).

D'après d'autres auteurs, qui doutent de la spécialité de fonctions des divers filets de la moelle, les mouvemens volontaires disparaîtraient les premiers, parce qu'ils sont l'acte le plus compliqué de l'innervation, et que, par conséquent, la moindre lésion peut enrayer; tandis que la sensibilité étant une fonction, en quelque sorte, passive, doit persister plus long-temps, aussi, reparaît-elle la première sur un membre complètement paralysé. Mais pourrait-on expliquer par cette théorie comment la sensibilité disparaît quelquefois la première, comme chez ce militaire cité par M. Velpeau, qui avait conservé tous les mouvemens de ses membres si bien dépourvus de sensibilité, qu'ayant saisi par inattention un couvercle de poêle très-chaud, il eut la peau gangrenée sans avoir rien senti.

Quand la paralysie s'étend au rectum et à la vessie, de nouveaux accidens se déclarent pour le malade. Malgré les soins les plus assidus, on ne peut l'entretenir dans un état de propreté convenable; les parties qui sont le plus comprimées par la position constante du malade, s'excorient, se gangrènent même, et il meurt dans le marasme. Tantôt il y a rétention des matières excrémentitielles; plus

souvent leur expulsion est involontaire. Cette dernière circonstance tient à ce que les nerfs qui vont aux sphincters dont les contractions sont sous l'empire de la volonté, partent de la moelle malade, et sont par conséquent incapables de remplir leurs fonctions. Quand, au contraire, les nerfs ganglionnaires sont lésés, le rectum et la vessie qui en reçoivent leur sensibilité, n'étant plus impressionnés par les matières qu'ils renferment, ne se contractent pas pour les expulser.

§ XIV. De tout ce que nous avons dit jusqu'ici, il résulte que l'ostéite vertébrale est une affection grave ; que sa terminaison ordinaire est la mort, la difformité, une de ses solutions encore heureuse, et qu'enfin sa guérison radicale est rare, même illusoire (Nichet). Les complications aggravent encore son pronostic. Les auteurs ont signalé comme telles les formes variées des maladies scrophuleuses. Assez souvent, on a trouvé des tubercules dans les poumons ; enfin, on a vu quelquefois le rachitisme réuni à l'ostéite vertébrale chez le même individu. Néanmoins, on aura d'autant plus de chances de guérison, que la maladie sera moins avancée, qu'on emploiera dès le principe un traitement actif, et que le sujet sera plus fort et plus vigoureux. Celle qui est sous la dépendance de la diathèse scrophuleuse bien prononcée, paraît être, dans les circonstances, le moins favorable à la guérison ; après vient se placer la carie déterminée par les excès vénériens, celle qui résulte d'une lésion traumatique, et, enfin, la carie siphilitique.

V.

§ XV. Les résultats nécroscopiques sont très-variables, selon la période de la maladie, la constitution du sujet, l'intensité de la phlegmasie, la nature des parties affectées et la cause qui leur a donné naissance. Dans le commencement, on trouve tantôt l'injection, le ramollissement, l'ulcération des ligamens ; tantôt ce sont les os ou les fibro-cartilages qui ont subi ces altérations. Une foule d'auteurs, parmi lesquels il suffit de nommer Pott, Boyer, Dupuytren et L. Cooper, ont eu occasion de les constater plusieurs fois sur le cadavre. Les vertèbres voisines du point où se forme la gibbosité, participent plus ou moins au ramollissement inflammatoire. Plus tard aussi ces mêmes vertèbres

sont-elles frappées d'ossification, dernier effet de l'irritation, comme j'ai pu le constater sur des pièces déposées au conservatoire, et comme les auteurs en rapportent des exemples, la vertèbre qui a fourni à la suppuration est rugueuse, creusée de cavités irrégulières remplies de sanie purulente. M. Ollivier rapporte un cas de carie sèche. Comme le pense M. Lallemand, l'altération des vertèbres ne ressemble ni à la carie ni à la nécrose, c'est un état morbide spécial: le tissu osseux est plus spongieux, plus mou, infiltré d'un liquide jaunâtre, et moins friable que dans la carie proprement dite, mais doué de vie, ce qui n'a pas lieu dans la nécrose. Ce dernier état se rencontre pourtant quelquefois. Il arrive aussi qu'une ou plusieurs vertèbres aient disparu complétement, et soient transformées en matière purulente qui fuse au-devant des ligamens vertébraux antérieurs, les distend et en forme les parois des foyers. Le pus décollant le tissu cellulaire dans le sens le plus déclive et là où il est le moins résistant, forme les conduits fistuleux. Quand le corps de plusieurs vertèbres a été détruit, les lames continuent le canal rachidien; souvent alors les parties environnantes se sont endurcies et suppléent la colonne vertébrale altérée. Quand les fibro-cartilages ont disparu, les vertèbres en contact se détruisent par le frottement; quelquefois, des lames osseuses de nouvelle formation les maintiennent à leurs distances respectives.

Dans certains cas, on a trouvé de la matière tuberculeuse, tantôt dissoute dans du pus séreux, tantôt en masses irrégulières, tantôt, enfin, sous la forme de véritables tubercules concrets.

Dans les cas où la guérison devait avoir lieu, on a trouvé, selon qu'elle était plus ou moins avancée, l'ossification d'une partie du périoste, des ligamens; tantôt des lames osseuses qui partaient des parties lésées de la colonne vertébrale; quelquefois, enfin, la perte de substance avait été entièrement réparée par une nouvelle ossification plus dure que celle qu'elle était appelée à remplacer, et se rapprochant de la substance compacte, éburnée.

La moelle épinière a aussi été trouvée injectée, rouge, ramollie, infiltrée de liquides, diffluente; tantôt, au contraire, la consistance était augmentée, son aspect grisâtre; d'autres fois, elle était considérablement

comprimée, comme nous l'avons dit ailleurs, interrompue par des tubercules, (M. Serre). Les meninges ont offert dans certaines circonstances les mêmes altérations.

VI.

§ XVI. Le traitement repose sur deux indications principales : il faut modifier l'économie toute entière qui est sous l'influence de la diathèse, et combattre l'affection propre des vertèbres. Les moyens de les remplir varient selon les causes qui ont amené la maladie. Une des plus fréquentes, avons-nous dit, est la diathèse scrophuleuse. On choisira parmi les analeptiques, les toniques, les excitans, les substances les plus appropriées à l'état particulier de l'individu ; on les dosera d'après ses forces, et on les continuera assez long-temps pour changer sa constitution.

Si la maladie a succédé à des excès vénériens, il faudra, d'un côté, relever les forces, remonter l'organisme délabré, au moyen des analeptiques, des amers ; tandis que, d'un autre côté, on diminuera, par des agens sédatifs, antispasmodiques, et surtout par l'exercice, l'éréthisme nerveux résultant de sensations trop vives ou trop long-temps soutenues.

Il est presqu'inutile d'ajouter que si la maladie reconnaît pour cause l'infection siphilitique, il faudra l'attaquer par un traitement spécifique actif.

Tandis qu'on combat ainsi, par des moyens appropriés, la disposition morbide générale, il faut porter la plus grande attention à l'affection vertébrale. C'est ici surtout que le médecin ne doit jamais perdre de vue cet aphorisme des anciens, *principiis obsta*. Les auteurs s'accordent généralement sur l'utilité des anti-phlogistiques au début du mal. La saignée même peut être indiquée chez des individus vigoureux, et surtout quand la maladie est par cause traumatique ; auquel cas, tout le traitement doit avoir plus d'énergie. Les sangsues, placées le plus près de la difformité, sont indiquées dans presque tous les cas, surtout s'il y a de la douleur, de la chaleur. On conseille en même temps l'emploi des cataplasmes, des fomentations émollientes et sédatives. A cette période de la maladie, où les symptômes spasmodiques se montrent si souvent, les auteurs ont aussi conseillé l'acide hydrocyanique à des doses convenables.

Un moyen de la plus haute importance, qu'on trouve mentionné dans l'ouvrage de Duverney, c'est le repos et la position horizontale : David en fit plus tard la base du traitement, auquel il assure devoir plusieurs guérisons. Cet héroïque moyen a le triple avantage d'empêcher l'affaissement des vertèbres sous le poids des parties supérieures du corps, d'épargner au malade les douleurs qui accompagnent les mouvemens, et de faire disparaître la difformité si elle est peu considérable. A l'exemple de ce grand chirurgien, tous les auteurs soumettent leurs malades au repos le plus absolu ; quelques-uns même ont conseillé d'attacher les enfans pour obtenir plus sûrement ce résultat.

Quand les symptômes d'irritation locale ont été convenablement combattus par les moyens sus-décrits, il est urgent d'en venir à des agens plus efficaces encore, les cautères. C'est à Pott que la science est redevable de l'emploi de ce salutaire révulsif, dont Cameron et Jeffry s'étaient servis avant lui, mais sans y attacher la même importance Il faut, au plus-tôt, établir sur les côtés de la gibbosité une abondante suppuration, au moyen des cautères, dont la grandeur et le nombre varient selon l'intensité de la maladie. Le plus souvent, on en met quatre assez grands pour recevoir plusieurs pois. En Angleterre, on en met deux, mais très-grands, et par un procédé peu différent de celui qu'on emploie généralement en France. Cette forte révulsion déplace quelquefois la maladie ; Pott rapporte quelques cas de guérison. Boyer croit les cautères si efficaces, qu'il assure ne les avoir jamais vus échouer, quand ils avaient été employés convenablement et dans le principe. Presque tous les chirurgiens de notre époque ont en eux la plus grande confiance ; quelques-uns, néanmoins, ont élevé des doutes sur leur efficacité absolue. Ces auteurs ont pensé que les révulsifs n'agissent que sur l'inflammation de la moelle, par eux considérée comme une complication, et nullement contre l'altération organique des vertèbres, qui ne poursuit pas moins sa marche sous les apparences d'une guérison illusoire. Nous pensons qu'il y a un peu d'exagération dans cette expression d'un fait réel. Les auteurs citent des cas incontestables d'une guérison complète.

Quand on a été assez heureux pour enrayer la marche de la maladie, il faut encore continuer l'usage des cautères long-temps après la dispa-

rition de tous les phénomènes morbides. En outre, les accidens qu'elle laisse si souvent à sa suite, réclament quelquefois les secours de l'art.

La difformité ne demande aucun traitement ; elle est incurable, et il serait même dangereux de chercher à la guérir. La mort du malade a été souvent la suite de pareilles manœuvres (David, Delpech, Ollivier).

Nous dirons un mot du traitement des abcès par congestion. Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur la conduite qu'on doit tenir à leur égard. Les uns, témoins des accidens colliquatifs qui suivent quelquefois leur ouverture artificielle, ont conseillé d'en laisser le soin à la nature. (David, Dupuytren). Quand la tumeur a des dimensions telles qu'il est peu probable que l'absorption la fera disparaître ; quand la maladie n'est pas arrêtée, on pense généralement qu'il faut en faire l'ouverture, avec les précautions indiquées par Boyer, pour éviter l'introduction de l'air dans l'intérieur du foyer purulent. Ainsi, on fera avec un bistouri étroit une ponction oblique à la peau, qu'on pourra même déplacer; on videra peu à peu la tumeur, et on réunira les lèvres de la petite plaie avec une monche de sparadrap. Ordinairement, on est obligé de revenir à cette opération deux ou trois fois, après quoi l'ouverture devient fistuleuse. Quand la peau est très-amincie, M. Larrey conseille de faire la ponction avec un trois-quart rougi au feu.

La paralysie qui se lie à l'irritation de la moelle, réclame un traitement anti-phlogistique, tel que nous l'avons plus haut fait connaître. Si elle est accompagnée de laxidité musculaire ; si elle persiste long-temps après la disparition des autres symptômes ; si, enfin, l'on peut soupçonner qu'elle ne se rattache pas à une interruption de la moelle, alors, dis-je, on peut avoir quelque espérance de soulager les malades. On pourra tenter avec succès les bains froids, sulfureux, aromatiques; les linimens irritans et surtout l'électro-puncture et la noix vomique qui ont réussi quelquefois, d'une manière admirable, au rapport de MM. Ollivier, Velpeau. Toutefois, il ne faut les employer qu'avec beaucoup de prudence et d'une manière long-temps prolongée.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

DUBRUEIL, DOYEN, *Examinateur*. Anatomie.
BROUSSONNET, *Président*. Clinique médicale.
LORDAT, *Examinateur*. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
CAIZERGUES. Clinique médicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUGÈS. Pathologie chirurgicale. Opérations et Appareils.
DELMAS. Accouchemens.
GOLFIN, *Suppléant*. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH, *Examinateur*. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie générale et Toxicologie.
RÉNÉ. Médecine légale.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY, *Examinateur*.
DELMAS.
VAILHÉ, *Examinateur*.
FAGES.
BOURQUENOD.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR, *Suppléant*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.